IX. SPRAWOZDANIE

Z DZIAŁALNOŚCI SANATORYUM DLA CHORYCH PIERSIOWYCH W ZAKOPANEM

OD DNIA 1 STYCZNIA DO DNIA 31 GRUDNIA 1912 WŁĄCZNIE

UŁOŻYLI

DR KAZIMIERZ DŁUSKI
DYREKTOR ZAKŁADU.

DR STEFAN RUDZKI
I. ASYSTENT.

W KRAKOWIE
W DRUKARNI C. K. UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO
1913

IX. SPRAWOZDANIE

Z DZIAŁALNOŚCI SANATORYUM DLA CHORYCH PIERSIOWYCH W ZAKOPANEM.

OD DNIA 1 STYCZNIA DO DNIA 31 GRUDNIA 1912 WŁĄCZNIE

UŁOŻYLI

DR KAZIMIERZ DŁUSKI
DYREKTOR ZAKŁADU.

DR STEFAN RUDZKI
I. ASYSTENT.

W KRAKOWIE
W DRUKARNI C. K. UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO
1913

Osobne odbicie z »Przeglądu lekarskiego« 1913, Nr. 27.

Przystępując do IX z rzędu sprawozdania z działalności Sanatoryum, podajemy na początku ogólne liczby, dotyczące ruchu chorych i wyników leczniczych w 1912 r., a z kolei przejdziemy do szczegółów, zawartych w dwóch tablicach, ilustrujących najważniejsze szczegóły z biegu życia w Zakładzie.

Ogólna liczba chorych, którzy się leczyli w ciągu 1912 r., wynosi 347 [1]). Do lekarskiego sprawozdania wchodzi tylko 312, gdyż u 35 chorych czas leczenia nie wynosił 30 dni, t. j. tego minimum, które uważamy za niezbędne dla wyrobienia sobie choć w przybliżeniu sądu o chorobie z natury swej przewlekłej i o przebiegu tak wielce kapryśnym, jak gruźlica.

W związku z przewlekłym charakterem gruźlicy, pozwolimy sobie zwrócić uwagę, że w liczbie 312 chorych znajduje się 230, którzy leczyli się po raz pierwszy w Sanatoryum. Z pozostałych zaś 82: 56 chorych odbyło drugi kurs leczenia; 17 — trzeci kurs; 5 — czwarty; 2 chorzy — piąty; mamy wreszcie po jednym chorym, którzy leczyli się po raz szósty i siódmy w Zakładzie.

Nim przejdziemy do szczegółowego rozpatrzenia wyników leczniczych, zawartych w tablicy II, musimy powiedzieć parę słów o metodzie leczenia.

Już we wszystkich poprzednich sprawozdaniach zaznaczaliśmy, że podstawę leczenia w naszym zakładzie stanowi znana metoda Brehmera-Dettweilera, obok której od lat 6 przeszło stosujemy tuberkulinę Beranecka (TBk), a pod koniec roku 1912 zaczęliśmy stosować istniejący od paru lat w użyciu przetwór Ruppla, tak zwany »Sensibilisierte Bacillenemulsion« (SBE). Stosowaliśmy go tylko u 3 cho-

---

[1]) W tej liczbie: Polacy 275, Rosyanie 49, Rusini 7, Niemcy 6, Czesi 3, wreszcie Węgrzy, Słowacy, Rumuni, Grecy, Włosi, Francuzi, Anglicy po 1 chorym.

rych z dość rozległemi zmianami w płucach (II i III okres według klasyfikacyi Turbana), ale przy dobrym stanie ogólnym i u 2 wyniki zdaje się, były dość pomyślne. Ale tak mała liczba żadnego znaczenia naturalnie mieć nie może; literatura zaś, dotycząca SBE, jest dotąd dość skąpa, więc i na jej podstawie wyrobić sobie zdania o wartości leczniczej SBE niepodobna. — Co się zaś tyczy TBk, stosowaliśmy go w ciągu 1912 r. — tylko u 17 chorych. Wyników tymczasem nie podajemy, gdyż zebrany dotąd w Sanatoryum materyał uważamy za niedostateczny jeszcze dla wypowiedzenia stanowczego sądu o leczniczej wartości tego swoistego środka. Przypominamy, że przed 3 laty ogłosiliśmy artykuł o TBk na podstawie materyału dotyczącego 44 chorych, a wnioski nasze streszczały się wówczas w 2 zasadniczych punktach: niepewność wskazań i kazuistyka w wynikach, czyli, że niewiadomo, w jakiej mianowicie kategoryi chorych należy stosować TBk i niewiadomo, kiedy można otrzymać zadowalniające wyniki; praktyka wykazała, że skądinąd u lekko chorych środek ten nie wywoływał żadnego widocznego skutku, przeciwnie zaś, widzieliśmy dodatnie jego działanie na ciężko chorych. Od tej chwili zapatrywania naszego nie zmieniliśmy. Zauważyć należy, iż liczba chorych leczonych w naszym Zakładzie zapomocą TBk w ostatnich paru latach zmniejsza się, co zresztą naturalne, skoro nawet w Niemczech zapał do stosowania rozmaitych tuberkulin ostyga u najgorętszych nawet zwolenników swoistego leczenia. My znów, zajmując stanowisko sceptyczne, nie możemy być zdecydowanymi propagatorami środka, pozbawionego co prawda, przy ostrożnem dawkowaniu wszelkiego niebezpieczeństwa dla chorego, ale jednocześnie niepewnego w swem działaniu. TBk bowiem nie daje odpowiedzi na zasadnicze pytanie: *kiedy* mianowicie dopomaga ustrojowi do walki z zakażeniem zapomocą uodpornienia biernego? Zresztą w ostatnich paru latach sprawa swoistego leczenia gruźlicy weszła znów w fazę krytyczną, czysto bowiem teoretyczne zagadnienia, dotyczące działania lasecznika na ustrój i związane z niemi sprawy uodpornienia uległy pod wpływem nowych badań znacznym modyfikacyom. Dość wpomnieć między innemi o teoryi »Partialantigene« Deycka-Mucha. Dalecy już jesteśmy od tej chwili — blizkiej jednakże — gdy teorya Wassermana zdawała się w sposób prosty tłómaczyć najzawikłańsze zjawiska z dziedziny odczynu tuberkulinowego

na ustrój ludzki. Stoimy przed rozmaitemi nierozwiązanemi zagadnieniami w sprawie pierwszorzędnej wagi, jak biologii lasecznika gruźlicy, a tymczasem chcemy stosować z zamkniętemi oczyma różne przetwory, z tegoż lasecznika pochodzące? Wszystkie te okoliczności tłómaczą, dlaczego swoiste leczenie stosujemy w tak nieznacznych rozmiarach w Sanatoryum i dlaczego trzymamy się mocno metody higieniczno-dyetetycznej, mającej za sobą niezłomną tradycyę lat kilkudziesięciu i powagę faktów: widocznych, niezbitych, powszechnych.

O metodzie higieniczno-dyetetycznej mówiliśmy obszernie w poprzednich sprawozdaniach; zresztą jest dziś tak znaną ogółowi lekarzy, że dłużej nad nią zatrzymywać się nie będziemy. Wspomnimy tylko pokrótce, iż polega ona na stałem używaniu świeżego powietrza, obfitem odżywianiu i zachowaniu spokoju fizycznego i psychicznego. Używanie świeżego powietrza nazywamy dlatego stałem, iż chorzy niegorączkujący spędzają — poza obrębem godzin przeznaczonych dla przyjęcia pokarmów — niemal cały dzień na świeżem powietrzu, głównie na werandach. Ilość godzin obowiązkowego werandowania wynosi dziennie sześć, poza tem chorzy spędzają parę godzin na powietrzu, częściowo na spacerach w parku zakładowym, pod ścisłą kontrolą lekarską, stosownie do stanu ich sił, bądź też przesiadując na ławkach, gęsto w parku rozstawionych. Chorzy gorączkujący leżą w pokojach przy szeroko otwartych oknach aż do chwili uregulowania się ciepłoty. Jedni i drudzy śpią przy otwartych całych oknach lub górnych szybach stosownie do stanu pogody. Tym sposobem używanie świeżego powietrza jest istotnie stałem.

Co się tyczy pożywienia, możemy z całą bezstronnością powiedzieć, że kuchnia nasza, składająca się z 5 posiłków dziennie, jest obfita i zdrowa — dowodem czego przyrost wagi u 78% chorych — że uwzględniamy bardzo skrupulatnie wszelkie zaburzenia w trawieniu, tak często u gruźliczych się zdarzające, że dzięki działaniu świeżego powietrza i zdrowej kuchni, zaburzenia te znikają często bez pomocy środków aptekarskich. Dodajmy do tego, że chorzy wypijają średnio 1½ litra mleka dziennie na osobę.

Zarówno pilną uwagę, jak na stan fizyczny chorego, zwracamy też i na stronę jego psychiczną, w tem prze-

świadczeniu, iż niezbędnymi czynnikami pomyślnego leczenia są: spokój i równowaga duchowa. A właśnie w gruźlicy doznają one silnych zaburzeń, niejednokrotnie nawet u lekko chorych, co się łatwo tłumaczy działaniem toksyn na cały układ nerwowy, a także i tą ważną okolicznością, iż chory zostaje wytrącony ze zwykłej kolei życia, oderwany od zajęć i blizkiego otoczenia i skazany na długie miesiące życia bezczynnego, poświęconego leczeniu, z natury swej nudnemu i monotonnemu. I tu pierwszym i bardzo trudnym obowiązkiem lekarza jest mieć ciągłe baczenie na psychikę chorego, poznać całe jego życie duchowe, wchodzić z całą subtelnością we wszelkie szczegóły jego walk wewnętrznych i udręczeń i tak zapanować nad wolą i wyobraźnią chorego, aby utrzymywać go w stanie możliwej równowagi i spokoju.

Obok tych zasadniczych punktów metody musimy wspomnieć jeszcze o stosowanych powszechnie w sanatoryach zabiegach wodoleczniczych mających na celu hartowanie ciała, a mianowicie są to nacierania całego ciała wodą czystą lub zmieszaną z wyskokiem i natryski, trwające 20—30 sekund przy stopniowo obniżającej się ciepłocie wody od 35° do 10° C. Nacierania w 1912 r. stosowaliśmy u 306, natryski tylko u 29 chorych, gdyż wymagają one sporej odporności, a więc mogą być stosowane już po pewnym okresie nacierań u lżej chorych. Ale i wśród nich bywają jednostki tak nerwowo pobudliwe, że natrysków nie znoszą.

Nakreśliwszy w kilku słowach stosowanie w naszym Zakładzie metody Brehmera-Dettweilera, którą uważamy za podstawę leczenia, nie możemy pomijać niektórych środków pomocniczych, skierowanych przeciw różnym objawom chorobowym. A więc stosujemy dla ogólnego podniesienia odżywiania i dla poprawy układu krwi w niedokrwistości — często gruźlicy towarzyszącej — przeważnie przetwory arsenu [2]) i żelaza. Dla zwalczania gorączki, która często ustępuje jedynie pod wpływem świeżego powietrza i spokoju, uciekamy się do znanych środków przeciwgorączkowych, jak pyramidon, aspiryna, fenacetyna i t. d. Dla złagodzenia kaszlu stosujemy różne znane przetwory makowca, a ostatniemi czasy z dobrym skutkiem, wprowadzony przez Sahliego pantopon. Przeciw różnym ucią-

---

[2]) Wstrzykiwania neo-arsykodylu robiliśmy u 58 chorych.

żliwym objawom, jak bóle, kłucia i t. d. stosujemy różne zabiegi lecznicze: opaski, bańki, galwanizacyę, faradyzacyę, miesienie wibracyjne i t. d. Nadto, przy bólach w suchych zapaleniach opłucnej oprócz niektórych powyższych zabiegów, robimy naświetlania światłem elektrycznem — białem lub fioletowem — i to częstokroć z dodatnim wynikiem wtedy, gdy inne środki okazały się bezsilnymi.

Nadmienić wreszcie należy, że od września zaczęliśmy stosować sztuczną odmę piersiową, lecz materyał nasz, wynoszący do końca 1912 r. 4 chorych, jest zbyt mały, aby można było na jego podstawie mówić o wartości leczniczej tego zabiegu. Zaznaczamy tylko, że posługujemy się nim pod ścisłą kontrolą promieni Röntgena, które, stosowane od lat kilku w szerokich rozmiarach dla celów rozpoznawczych, oddają nam wielkie usługi w przypadkach niejasnych i wątpliwych.

Z kolei przechodzimy do rozmaitych szczegółów, zawartych w tablicy II. Co się tyczy wieku widzimy, że chorzy w okresach 21—30 i 31—40 lat życia stanowią 67%. Jest to cyfra nieco wyższa od cyfr za ostatnie 3 lata (64%, 65%, 66%), ale niższa od średniej dotychczasowej, wynoszącej 75%, a zwłaszcza od cyfry w 1906 i 1907 r., wynoszącej 85%. Taka przewaga chorych w tych okresach życia jest tak naturalnem zjawiskiem przy współczesnych warunkach życia w kulturalnych społeczeństwach, że mówić o niem zbyteczne. Również nie będziemy się dłużej zatrzymywać nad cyfrą obciążenia dziedzicznego, która waha się w naszym zakładzie od 50% do 60%, a obecnie wynosi 58%. Doświadczenie nasze, zgodne z doświadczeniem w innych sanatoryach, wykazuje, że obciążenie to niema bezpośredniego związku z wynikami leczniczymi.

Przechodzimy do rzeczy ważniejszych, a mianowicie do utraty gorączki i znikania laseczników Kocha.

Co się tyczy pierwszego objawu, widzimy, iż utrata gorączki wynosi 25% ogółu 312 chorych, stanowiąc cyfrę najniższą ze wszystkich dotychczasowych sprawozdań; jest ona niższą od średniej dotychczasowej, stanowiącej okrągło 41% i wybitnie — gdyż przeszło dwa razy — niższą od cyfry najwyższej w 1908 r. = 55·8%. Zanim postaramy się dać możliwe wyjaśnienie, przejdźmy do laseczników. Znikły one okrągło u 10% ogółu chorych w 1912 r. Cyfra ta

jest niższą od średniej dotychczasowej, 15% i przeszło dwa razy niższą od maksymalnej w 1905 r. = 23%. A więc pomiędzy temi dwoma zjawiskami jest pewna uderzająca równoległość w cyfrach. Czyż świadczyłyby one, że materyał w 1912 jest wyraźnie gorszym od materyału w 1905 i 1908 r.? Jako podstawa do porównania służyć mogą wyniki lecznicze, z uwzględnieniem cyfry śmiertelności. Otóż śmiertelność 1908 r. wynosiła wprawdzie okrągło $1^1/_2$%, gdy w 1912 = 2·9%; suma dodatnich wyników (znaczna i względna poprawa) wynosiła w 1908 r. 89·7%, gdy obecnie = 84·6%. Jeśli więc śmiertelność jest obecnie prawie dwa razy większą, niż w 1908 r., to znów w wynikach leczniczych zachodzi nieznaczna różnica, wynosząca tylko 5%. Natomiast cyfra śmiertelności w 1905 r. wynosi 1·8%, wyniki lecznicze dodatnie około 80%, więc obie cyfry tu gorsze pod tym względem od cyfr w 1912 r. Mamy więc zjawisko, które wydaje się napozór paradoksalnem, ale w istocie stoi w bezpośrednim związku z samym charakterem gruźlicy. mającej często przebieg wielce fantastyczny i nieobliczalny, nie dający się uchwycić w ramy jakichś określonych norm.

Nie ulega wątpliwości, iż ustąpienie gorączki jest w przebiegu choroby tak ważnym objawem dla rokowania, że tu niema miejsca dla różnicy zdań między klinicystami, zniknięcie znów laseczników Kocha jest rozstrzygającym czynnikiem dla wyleczenia. Ale chodzi o to, aby zniknięcie to miało charakter stały. Jeśli zważymy, że chorzy w naszym Zakładzie leczą się średnio tylko 3 miesiące, że laseczniki Kocha — jak wykazuje doświadczenie — znikają na całe tygodnie i miesiące, czasem i na lata, aby znów z ukrytych ognisk wyjść na światło dzienne, to nizka cyfra w obecnem sprawozdaniu da się temi okolicznościami w znacznej mierze wytłómaczyć. Tak samo rzecz ma się z gorączką. Gdy zważymy, że dziś skala 37·2—37·3 C⁰ jest uważana za ciepłotę nieprawidłową, podgorączkową, i że nawet u lekko chorych przy poprawie stanu ogólnego i płuc, ta właśnie ciepłota podgorączkowa 37·2—37·3 trzyma się nieraz uporczywie, przez czas długi, stanowiąc niejednokrotnie zagadkę dla lekarza, bacznie śledzącego cały przebieg choroby, — wówczas nizka cyfra ustąpienia gorączki w 1912 r. znajdzie również swe usprawiedliwienie; w przeciwnym bowiem razie materyał chorych w 1912 r. musiałby być wyraźnie gorszym w zestawieniu z innemi latami, a odpowie-

TABLICA I.

Ruch chorych w Sanatoryum w Zakopanem od 1. stycznia 1912 do 31. grudnia 1912 (włącznie).

Narodowość	Liczba	Płeć		Pochodzenie	Liczba	Ilość dni leczenia	Wiek lat	Wiek osób	
Polacy	275	161 mężczyzn	186 kobiet	Galicya	113	9595	1—10	5	Średnia pobytu jednego chorego 85·2
Rosyanie	49			Królestwo	81	5977	11—20	58	
Rusini	7			Warszawa	53	4436	21 30	156	
Niemcy	6			Rosya	93	8985	31—40	77	
Czesi	3			Księstwo Pozn. i Prusy Zach.	5	505	41—50	36	
Węgrzy, Francuzi, Włosi, Anglicy, Rumuni, Grecy, Słowacy po 1	7			Inne kraje:			51—60	12	
				Węgry i Ameryka	2	86	>60	3	
Razem	347	347		Razem	347	29584		347	

TABLICA II.

Wyniki leczenia chorych za czas od 1. stycznia 1912 do 31. grudnia 1912 (włącznie).

Płeć		Wiek lata	Wiek osób	Obciążenie dziedziczne rodzaj *)	Obciążenie dziedziczne osób	Gorączka		Prątki Kocha		Waga obliczona na 100 dni						Okresy	Poprawa znaczna	Poprawa względna	Poprawa bez zmiany	Pogorszenie	Śmierć
141 mężczyzn	171 kobiet	0—10	4	o^1	73	przyjechało z gorączką osób 223	utraciło gorączkę osób 56	przyjechało z tbc osób 147	utraciło tbc osób 15	244 przybrało po 6·4 kg.	41 straciło po 1·6 kg.	6 bez zmiany	21 nieznana	ogólna liczba dni leczenia 28979	średnia na 1 chorego 92·9	I. 118 37·8 %	66	48	4	0	0
		11—20	53	o^2	11																
		21—30	139	o	97											II. 121 38·8 %	64	48	5	3	1
		31—40	72	bez	131																
		41—50	29																		
		51—60	12													III. 73 23·4 %	13	25	17	10	8
		>60	3																		
razem 312		razem 312		razem 312		% utraty gorączki 25%		% utraty tbc 10%		przybytek u 78% ogółu 312 chorych						razem 312	143 45·8 %	121 38·8 %	26 8·3 %	13 4·2%	9 2·9%

*) o^1 oznacza obciążenie dziedziczne ze strony jednego z rodziców; o^2 — ze strony obojga rodziców; o — obciążenie ze strony krewnych lub rodzeństwa.

Dr K. Dłuski i R. Rudzki.

dnio do niego i wyniki lecznicze i inne charakteryzujące przebieg leczenia szczegóły.

Co się tyczy materyału, trzymamy się, jak i w poprzednich latach, schematycznej klasyfikacyi Turbana, którą słusznie Sterling nazywa »mechaniczną«, z podziałem chorych, stosownie do rozległości zmian anatomicznych, na 3 okresy. Zastrzegamy się, że uznajemy całą jej wadliwość, uważamy nawet za zbyteczne opinię naszą uzasadniać, ale niepodobna przy zestawieniu z całego roku dat i cyfr, ułożonych już na pewien schemat, przerabiać »en bloc« i klasyfikować na nowo wedle podziału daleko bardziej ze wszech miar racyonalnego, jakim jest podział Sterlinga. Posługiwać się nim będziemy w następnych sprawozdaniach.

Otóż jeśli miarą »złego« materyału ma być ilość chorych w III okresie Turbana, to istotnie w latach 1904 (18%), 1908 (23%), 1910 (20·7%) i 1911 (18·1%) jest ich mniej, niż w 1912, gdzie cyfra ta chorych w III okresie wynosi 23·4%. Natomiast we wszystkich innych latach cyfra ta jest wyższą, niż w 1912 r., a mianowicie: w 1903 — 26%, 1905 — 24%, 1906 i 1907 — **33%**, w 1909 — 25%. Jeśli następnie rzucimy okiem na cyfrę d o d a t n i c h w y n i k ó w leczniczych, t. j. cyfrę znacznej poprawy (znaczna poprawa płuc i stanu ogólnego) i cyfrę »względnej poprawy« (poprawa tylko stanu ogólnego)[3]), dojdziemy do wniosku, że wyniki lecznicze w 1912 r. są cyfrowo gorsze tylko co do lat 1908, 1909 i 1911.

D o d a t n i e w y n i k i.

1903 i 1905 (włącznie)	— 80% (okrągło)
1906 i 1907	— 82·8%
1908 —	— **89·7%**
1909	— 86%
1910	— 82%
1911	— 86·2%
1912	— **84·6%**

Nizka więc cyfra ustąpienia gorączki i zniknięcia laseczników Kocha w 1912 r. nie da się postawić w bezpośrednim związku z jakością materyału w tymże roku na tle

[3]) Już niejednokrotnie zaznaczaliśmy, że terminu »wyleczenie« nie używamy, gdyż przy opuszczeniu zakładu może być tylko mowa o poprawie, o wyleczeniu rozstrzyga jeno czas.

statystycznego zestawienia z innemi latami. Brak tego związku będzie tem widoczniejszym, jeśli zważymy np. taki szczegół, że najwyższa cyfra zniknięcia laseczników, czyli 23%, przypada na 1905 r., gdzie dodatnie wyniki wynoszą zaledwie 80%. — Z drugiej jednak strony najwyższa cyfra zniknięcia gorączki u 55% chorych przypada na 1908 r., mający najlepsze jak dotychczas dodatnie wyniki lecznicze, 89·7%, ale jednocześnie prawie taką samą ilość chorych w III okr. co i w 1912 r., gdyż tylko o 0·3% mniej! Mamy więc przed sobą pewnego rodzaju kazuistykę, ilustrującą sam charakter gruźlicy jako choroby o mechanizmie patologicznym wielce powikłanym, dla nas dziś w wielu szczegółach nieznanym, i to z tej przyczyny, że nie znamy jeszcze wielu praw biologicznych niszczących zdrową komórkę ludzkiego ustroju, ani też wielu praw rządzących drobnoustrojową komórką — lasecznikiem, a więc nie możemy sobie zdać dokładnie sprawy ze stosunku, zachodzącego między jedną a drugą. Dla tego też w dziedzinie leczenia gruźlicy — zgodnie z charakterem samej choroby — widzimy pewien brak harmonii między różnymi przejawami, pewne kontrasty, jakby rozdźwięk między jednem zjawiskiem a drugiem i niepodobna dziś — gdy przyczynowy związek między wieloma ważnemi sprawami biologicznemi jest zakryty przed naszemi oczyma — powiązać ich w jedną całość.

Jeśli w dalszym ciągu będziemy rozpatrywać niektóre charakterystyczne szczegóły, znajdziemy potwierdzenie wypowiedzianego tu zapatrywania. Weźmy np. przyrost wagi, który jako taki może być objawem przypadkowym u poszczególnej jednostki gruźliczej, a zatem nie mieć żadnego dodatniego znaczenia [4]), ale u znacznej liczby chorych jest on bezwątpienia wyrazem wzmacniania i pokrzepiania się ustroju. Otóż w 1912 r. przy materyale, który na podstawie gorączki i laseczników Kocha wydaje się najgorszym ze wszystkich, waga przybyła przeszło u 78% chorych [5]), wynosząc 6·4 kg. średnio u 1 chorego przy obliczeniu na 100 dni. Jest więc przyrost ten większy niż w 1911 roku

---

[4]) Przypominamy, iż bywają chorzy ze sprawą postępującą, a jednakże waga ich przybywa, na co pierwszy — jak nam wiadomo — zwrócił uwagę Debove (Paryż), nazywając takich chorych »pthisique gras«.

[5]) Przyrost wagi stwierdzamy średnio u 75% ogółu chorych.

(5·7 kg.), choć materyał chorych w 1911 r. wydaje się w składzie swym wyraźnie lepszym i identycznie takim samym, jak w r. 1910 r. (6·4 kg.), choć i tu materyał stostunkowo jest lepszy. — Mniej więcej to samo da się powiedzieć o dwóch jeszcze objawach, a właściwie powikłaniach, na które stale zwracamy uwagę w naszych sprawozdaniach, a mianowicie: krwioplucia i gruźlica krtani, i to dla tego powodu, że klimat wysokogórski ma jakoby oddziaływać pod tym względem ujemnie na ustrój dotknięty gruźlicą. — Już niejednokrotnie z cyframi i faktami w ręku, zaczerpniętemi z naszego Zakładu, jak też i z innych wysokogórskich (Arosa, Davos, Leysin) i dotyczącemi całych tysięcy chorych, obalaliśmy podobne, oparte na bajkach urojenia — powtarzać więc naszych argumentów nie będziemy, ograniczymy się tylko do przytoczenia odnośnych cyfr. — Krwioplucia i krwotoki zapisaliśmy w wywiadach u 143 chorych, czyli u 46% ogółu 312 chorych przed przyjazdem do Zakładu; powtórzyły się u 26 chorych, czyli u 18% na 143 chorych. Ukazały się po raz pierwszy u 6 chorych, czyli u 2% na całą liczbę 312 chorych. Cyfry te zajmują środkowe miejsce wśród naszych dotychczasowych cyfr, gdyż w ciągu 10 lat istnienia Sanatoryum krwioplucia powtarzają się u 14% do maximum 23% chorych, ukazują się zaś po raz pierwszy u 1% do maximum 2·7% chorych. Cyfry te są tak wymowne, że nie potrzebują żadnych komentarzy, jako kontr-argumentu na opowiadania o szkodliwości klimatu zakopiańskiego dla chorych »skłonnych do krwioplucia«. Zgadzają się one przytem z cyframi sanatoryów górskich poprzednio wspomnianych, leżących o 400—800 metrów wyżej od Zakopanego.

Co się tyczy gruźlicy krtani, spotykamy ją średnią u 10—12% chorych. — W 1912 r. z gruźlicą krtani mamo 24 chorych, czyli 7·7% ogółu, a więc cyfrę znacznie niższy od średniej. Wśród nich 11 z niewielkiemi, 4 ze średniemi, wreszcie 9 z dużemi zmianami (owrzodzenia znaczne i zniszczenie poszczególnych części). Wyniki leczenia: 1 pogorszenie. 5 bez zmiany, 18 — poprawa (11 względna, 7 duża). Zauważyć należy, że stosujemy zwykłe środki, jak wody alkaliczne, wziewania (przetwory mentolowe, kreozotowe), lub zwykłe zasypywania (ortoform, kwas borowy etc.). i tylko w 2 przypadkach z wielką poprawą stosowano zabieg operacyjny (skrobanie). Jeśli zważymy, że średnio polepszenia gruźlicy krtani zdarzają się u nas u 50%—60%,

chorych, więc obecny wynik polepszeń u 75% wypada jako nader pomyślny i w każdym razie nie może przemawiać za tem, że materyał w 1912 r. jest gorszym od poprzednich lat.

Mówiąc o powikłaniach, powinniśmy wspomnieć dla dokładności sprawozdania o następujących. — Gruźlica jelit — 11 przypadków, z których 10 opuściło Zakład bez zmiany, 1 zejście śmiertelne w Zakładzie. — Zapalenie nerek: 6 przypadków, z których 3 lekkie ze względną poprawą i 3 ciężkie, na tle gruźliczem, bez poprawy lub z pogorszeniem. — Zapalenie gruźlicze opon mózgowych 4 przypadki: 2 zakończone śmiercią w Zakładzie, 2 po opuszczeniu Zakładu. — Gruźlica gruczołów szyjnych: 3 bez zmiany. — 1 gruźlicy gruczołów pachwinowych operowany, wyleczenie. — Przetoka odbytnicy: 2 przypadki, oba operowane — wyleczenie. Przypadek gruźlicy języka z dużemi i głębokiemi owrzodzeniami, znaczna poprawa bez operacyi. — Gruźlica najądrza: 1 przypadek bez zmiany. Gruźlica stawu kolanowego: 1 przypadek bez zmiany. Choroby Addisona 1 przypadek bez zmiany, wreszcie 1 przypadek raka odbytnicy (stwierdzony anatomo-patologicznie) u ciężko chorego na gruźlicę płuc, jelit i pęcherza, zakończony śmiercią po opuszczeniu Sanatoryum.

Na zakończenie powinniśmy podać, jak to czyniliśmy w poprzednich sprawozdaniach, spostrzeżenia nasze co do ognisk gruźliczych, charakterystycznych pod względem ich usadowienia się, oraz uwagi o suchych zapaleniach opłucnej. — Mamy na względzie ogniska, których głównem siedliskiem jest: w prawem płucu przestrzeń od grzebienia do połowy łopatki, w lewem zaś — w II i III międzyżebrzu w pobliżu mostka. Sprawa w takich ogniskach pojawia się samodzielnie, lub wyprzedza sprawę szczytową, ma charakter bardziej od niej uporczywy, przy mniejszej skłonności do poprawy. Już dawniej wyraziliśmy przypuszczenie, że takie usadowienie się sprawy powinno pozostawać w związku z wynikami badań rentgenologicznych, które wykazują, że niejednokrotnie sprawa gruźlicza zaczyna się nie w szczytach, lecz u wnęki płuc i stąd rozszerza się w różnych kierunkach, o rozmaitym stopniu natężenia. Ognisk takich spostrzegaliśmy w prawem płucu 25, w lewem 1, razem 26, czyli przeszło 8%.

Co się tyczy suchego zapalenia opłucnej, które jest

zjawiskiem powszedniem w przebiegu gruźlicy płuc, wspominamy o niem dlatego, że ma swe odrębne cechy. Miejsce jego znajduje się najczęściej zdala od głównego ogniska choroby i będąc często ograniczonem do paru centymetrów kwadr., nie zawsze jest stałem, zapalenie bowiem przenosi się czasem daleko od pierwotnego swego siedliska, wreszcie taka »pleuritis sicca volans« odznacza się niejednokrotnie brakiem harmonii między objawami przedmiotowymi a podmiotowymi, gdyż przy bardzo cienkiem, ledwo dającem się wysłuchać tarciu (»frottement râle« Grancher) chory uskarża się czasem na tak silne kłucie, że wymaga ono doraźnego wstrzyknięcia morfiny, lub naodwrót przy bardzo grubem tarciu żadnej dolegliwości nie odczuwa. Spostrzegaliśmy w 1912 r. przypadków takich 43, t. j. 13·7%.

Zamykając na tem nasze sprawozdanie, chcielibyśmy dodać jeszcze parę słów na zakończenie. — O wynikach leczenia i o związanych z niem charakterystycznych szczegółach mówiliśmy obszernie, wyznaczając każdemu z nich odpowiednie miejsce. Staraliśmy się nizkie cyfry spadku ciepłoty i znikania laseczników, wyglądające parodoksalnie wobec ogólnej sumy 84·6% dodatnich wyników — uzasadnić rozważaniami o gruźlicy, jako jednostce chorobowej może najbardziej nieuchwytnej i nieobliczalnej wśród chorób przewlekłych pod względem swegu przebiegu na tle rzadkiej różnobarwności postaci. Poruszyliśmy wreszcie sprawę różnych powikłań celem przedstawienia całego obrazu w należytem oświetleniu. Wnioski więc z tych wszystkich danych wysnuje czytelnik z łatwością. Tu pragniemy tylko, opuszczając już stanowisko lekarskie — zaznaczyć, że do 1912 r. frekwencya Zakładu od chwili otwarcia stopniowo i stale wzrastała, i że wzrost jej z końcem 1911 r. sięgał niemal 100%; — w drugiej połowie 1912 r. nastąpił zastój i cała liczba chorych (patrz tabl. I) w 1912 r. zmniejszyła się przeszło o 20% w porównaniu z rokiem poprzednim. Zjawisko to nie było dla nas niespodzianką, lecz przewidzianem z góry następstwem powikłań, jakie przeżywała wówczas cała Europa, a które odbiły się powszechnym zastojem ekonomicznym i zaważyły niepomiernie ciężko na stosunkach finansowych Austryi a zwłaszcza Galicyi.